CONCOURS POUR L'AGRÉGATION (1906-1907)

(Section de Pathologie interne et de Médecine légale)

TITRES

ET

Travaux Scientifiques

DU

Docteur E. PALLASSE



LYON

IMPRIMERIE P. LEGENDRE & Cie

14, rue Bellecordière, 14

1907

TITRES

TITRES UNIVERSITAIRES.

Docteur en médecine 1905

Chef adjoint de clinique médicale 1905-1907

TITRES ET FONCTIONS HOSPITALIÈRES

Externe des hopitaux de Lyon

Concours de 1897.

Interne des hopitaux de Lyon

Concours de 1901.

Médecin du Bureau de Bienfaisance

Concours de 1905.

ENSEIGNEMENT

Conférences cliniques a l'Hotel-Dieu 1905-1907.

Ancienne brûlure de la main, arrêt de développement du squelette.

Soc. des Sciences médicales, 9 déc. 1903.
Lyon Médical, 17 janvier 1904.

Il s'agit d'une femme de 50 ans amputée de l'avant-bras gauche pour un épithélioma cutané développé sur un moignon résultant d'une brûlure de la main survenue à l'âge de dix-huit mois.

Nous présentons la dissection de cette pièce. Squelette normal, mais resté infantile, tendons intacts expliquant la grande mobilité du moignon.

Recherche et valeur pronostique de la quantité de l'épanchement dans les pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses,

Thèse Lyon, 1905, 127 pages.

Dans ce travail nous nous sommes appliqué à rechercher si, dans les pleurésies tuberculeuses, il existait une relation entre la quantité du liquide épanché et la gravité de la maladie.

Pour cela, nous avons d'abord essayé d'établir la

possibilité de faire le diagnostic de la quantité de l'épanchement. Ce diagnostic repose sur l'emploi de deux séries de moyens : les procédés anciens et classiques de l'exploration clinique, inspection, palpation, percussion et auscultation, et les procédés modernes d'investigation, radioscopie et injections colorées.

Nous concluons de cet exposé et de la critique des diverses méthodes, à la possibilité de dire si l'on se trouve en face d'un grand ou d'un petit épanchement.

Dans une seconde partie, nous exposons notre façon de concevoir les pleurésies en tenant compte du volume du liquide épanché. Nous montrons que, si l'accord s'est à peu près fait sur l'unité de l'étiologie de la pleurésie à frigore, il n'en reste pas moins vrai qu'en clinique on peut, sans trop schématiser, distinguer deux formes d'aspect et de pronostic très différents. Une forme ascitique, bien connue et classique, à réaction pulmonaire peu marquée, mais à épanchement abondant, et une forme accompagnée de phénomènes pulmonaires importants et donnant lieu à une petite production de liquide.

A la première appartiennent le début brusque, l'allure aiguë, l'épanchement abondant, le poumon non adhérent et refoulé sous la clavicule, l'absence de frottements, de râles muqueux et d'expectoration, peut-être aussi jusqu'à un certain point le schéma favorable de Grancher. Dans ce thorax il n'y a que du liquide, ainsi qu'il arrive pour le péritoine dans la forme dite ascitique de la péritonite tuberculeuse, qui, elle aussi, est la plus curable par les moyens médicaux ou chirurgicaux.

La deuxième forme peut, au contraire, être assimilée à la péritonite tuberculeuse profonde, avec ses bosselures, ses empâtements et ses gâteaux épiploïques.

Il s'agit ici d'infiltration de la plèvre et du poumon. Dans ce thorax, il y a non seulement du liquide, mais des fausses membranes et un poumon non rétracté et densifié, des signes de pleuro-congestion et quelquefois de pleuro-pneumonie. Et les signes cliniques correspondants sont : début insidieux, période antérieure d'amaigrissement, épanchement moins abondant, égophonie et souffle plus constants et à maximum plus près de la base, frottements pleuraux au-dessus de l'épanchement, soit en arrière, soit sous la clavicule, râles muqueux plus ou moins éclatants, qualifiés autrefois de pseudo-tuberculeux, expectoration purulente. L'abondance de l'épanchement est moins considérable que dans la forme précédente et pourtant les signes de forte tension intra-pleurale ne sont pas rares : déviation du cœur, dyspnée assez vive pour commander la thoracentèse, mais jusqu'à la base on a des vibrations conservées, le murmure vésiculaire, des râles muqueux plus ou moins éclatants, si bien qu'on se demande où ponctionner ce malade dyspnéique et à cœur refoulé.

Il s'agit de la disposition anatomique du poumon dit plongeant. Il peut être réalisé par la congestion ou par des adhérences précoces que l'on a pu constater à l'autopsie. La première forme est bénigne, guérit bien et c'est pour cela qu'on l'a cru longtemps de nature non tuberculeuse. La seconde forme est grave. Les malades succombent rapidement à la tuberculose pulmonaire consécutive.

Pour justifier ces formes variables et ce pronostic différents, nous avons invoqué la réaction pleurale se manifestant par l'abondance de l'épanchement, cette réaction étant inverse de la sévérité de l'atteinte tuberculeuse.

Quand l'infection bacillaire est minimum, les réactions organiques sont considérables, d'où épanchement abondant, et quand l'infection est grave, la réaction est minimum, le liquide est en petite quantité.

Comme preuve a·ljacente, il faut remarquer que les pleurésies survenant chez des tuberculeux avérés sont en général à petit épanchement.

La réaction pleurale peut être mesurée, d'autre part, avec des méthodes modernes, au premier rang desquelles il faut mettre le séro-pronostic, découlant de la méthode de séro-diagnostic d'Arloing et Courmont.

Nous avons donc été amené à comparer nos résultats avec ceux obtenus par cette méthode et consignés dans des travaux récents. Nos observations ont trait, pour la plupart aux mêmes malades.

Les résultats ont été concordants. Nos recherches ont porté sur 71 observations, où nous avons pu retrouver le sort ultérieur des malades.

Nous avons vu que dans les grands épanchements, il y avait 50 0/0 de guérisons, alors que dans les petits épanchements, la proportion n'était que de 30 0/0.

La mortalité est donc inverse. Le séro-pronostic avait donné des conclusions identiques.

Nous avons réuni ces résultats dans des tableaux comparatifs. Notre conclusion pratique est que le volume de l'épanchement est un bon élément de pronostic et que le traitement doit tenir compte de ce facteur pour intervenir à bon escient.

Notre travail est suivi de 25 observations pour servir de justification aux types cliniques que nous avons essayé d'établir.

Forme médicale du goître intra-thoracique.

Province Médicale, 13 octobre 1906.

Observation d'un homme de soixante ans, plâtrier-peintre, ayant présenté des signes de néphrite interstitielle avec œdèmes, albuminurie, artério-sclérose, puis paralysie laryngée avec accès de dyspnée, relevant de la présence d'un goître plongeant.

Après opération, on vit survenir la disparition des phénomènes pulmonaires, des œdèmes et de l'albuminurie.

Nous étudions, à propos de ce cas, les diverses formes du goître plongeant en rattachant notre observation à la forme dite médicale.

Nous passons en revue les troubles divers observés dans ces cas, troubles pulmonaires, cardiaques et vasculaires.

Discutant ensuite les diverses pathogénies invoquées pour expliquer ces symptômes, théories cardiovasculaires, théories nerveuses, théories thyroïdiennes, nous sommes amenés à invoquer dans notre observation, des troubles nerveux se manifestant par action du goître sur l'appareil nerveux cardio-vasculaire et ayant produit les symptômes cliniques spéciaux que nous avons constatés.

Deux cas de cancer primitif du foie chez de jeunes sujets (en collaboration avec M. A. Cade).

Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, 2 nov. 1906.
Lyon Médical, 23 décembre 1906, p. 1053.
Presse Médicale, 1er décembre 1906, p. 782.

Deux observations de cancer primitif du foie chez de jeunes sujets. La première a trait à un jeune homme de 29 ans, dont l'affection évolua en trois mois, caractérisée par de l'ascite hématique avec grosse circulation sous-cutanée complémentaire, épanchement pleural droit hémorrhagique. — A l'autopsie on trouve un foie de plus de 3 kilogs, atteint de scléro-stéatose diffuse et présentant, dans son lobe gauche, une grosse tumeur encéphaloïde. Il existe, en outre, un petit noyau dans le diaphragme. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélloma, à cellules polyédriques à type alvéolaire prédominant.

La seconde observation se rapporte à un jeune malade de 19 ans présentant une tumeur hépatique de diagnostic difficile : foie volumineux, dur, irrégulier avec ascite hématique. — Début remontant à deux ans. A l'intervention, qui resta exploratice, on trouva un foie manifestement cancéreux et une généralisation épiploïque. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un cancer épithélial à début très probablement hépatique.

Les cas analogues sont rares. Au-dessous de trente ans, le cancer primitif du foie est exceptionnel et il revêt alors une marche rapide.

Mal perforant buccal.

Lyon Médical, 7 octobre 1906.

Notre observation vient s'ajouter aux dix-neuf cas actuellement connus de cette affection.

Il s'agit d'un homme de 56 ans ayant présenté une syphilis avec tabès, insuffisance aortique, arthropathie trophique. Pleurésie droite et mal perforant buccal bilatéral.

Avec la plupart des auteurs, nous concluons qu'il s'agit là d'un trouble trophique par névrite périphérique dont l'évolution est commandée par des dispositions anatomiques spéciales au niveau des sinus de la face.

Traumatisme de l'avant-bras — Attitude hystérique.

Société des Sciences Médicales, 27 avril 1904.
Lyon Médical, 22 mai 1904, p. 1023.

Observation d'une femme de 34 ans qui, à la suite d'un coup de bâton sur l'avant-bras gauche, se présenta la main fixée en extension forcée avec impotence et douleur, sans lésions articulaires ou osseuses. L'anesthésie au chlorure d'éthyle permit de réduire facilement. Il s'agissait, là, d'un hystéro-traumatisme, attitude de défense avec contracture hystérique, ou de phénomènes analogues à la pronation douloureuse des jeunes enfants.

Kyste du pancréas.

Soc. des Sciences Médicales, 20 mars 1902.
Lyon Médical, 22 février 1903.

Observation d'un homme de 68 ans, opéré six ans auparavant d'un kyste du pancréas, qui mourut avec hématémèse et mœlœna. A l'autopsie, kyste de la queue du pancréas et vaste néoplasme de l'estomac resté absolument latent.

Plaie du pharynx.

Lyon Médical, 20 mars 1904.

Femme ayant reçu un coup de rasoir entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde. Section de la base de l'épiglotte. Pharynx largement ouvert. Echec de la suture. Guérison complète par simples pansements protecteurs.

Cancers du pylore.

Soc. des Sciences Médicales, 1er avril 1903.
Lyon Médical, 21 mai 1903.

Présentation de trois cancers du pylore enlevés par pylorectomies de techniques différentes, par le professeur Jaboulay.

Résultats opératoires très satisfaisants.

Occlusion intestinale par bride. — Laparotomie. — Guérison.

Soc. des Sciences Médicales, 8 avril 1903.
Lyon Médical, 31 mai 1903.

Observation d'une femme de 35 ans, ayant une pelvi-péritonite antérieure, et opérée d'urgence pour des phénomènes d'occlusion intestinale. Succès opératoire dû à la précocité de l'intervention.

Cancer du sein.

Lyon Médical, 31 mai 1903.

Amputation ancienne du sein, récidive dans la paroi thoracique qui fut détruite par les bourgeons néoplasiques.

Traitement par la quinine qui amena la fonte des bourgeons.

Mise à nu du cœur.

Mort. Présentation de la pièce anatomique.

Amputation bi-latérale sous-cutanée des seins.

Soc. des Sciences Médicales, 18 février 1903.
Lyon Médical, 19 avril 1903.

Maladie kystique. Amputation sous-cutanée par incision dans le sillon sous mammaire.
Bon résultat esthétique.

Déchirure du foie et de la rate.

Société des Sciences Médicales 7 janvier 1903.
Lyon Médical, 1er mars 1903.

Jeune homme de 20 ans renversé par une voiture: Foie et rate déchirés au niveau de leur partie supérieure par compression des côtes fracturées à la base du thorax.

Contribution.

MATHIEU, th. Lyon 1903-1904. *Contribution à l'étude de la ponction lombaire*.

W. KHOLODNY. *Les amibes comme agents pathogènes de la dysenterie*, th. Lyon 1905.

Analyses.

Archives générales de médecine 1905.



Impr. P. LEGENDRE & Cie, rue Bellecordière, 14, Lyon.